

**Beata Buchelt\***

## **METODY I NARZĘDZIA ELIMINACJI DYSFUNKCJI SYSTEMU ZARZĄDZANIA ZASOBAMI LUDZKIMI W JEDNOSTKACH SEKTORA USŁUG MEDYCZNYCH**

### **Wstęp**

Turbulentność otoczenia współczesnych organizacji, postrzeganie kapitału ludzkiego jako źródła pozyskiwania i utrzymywania przewagi konkurencyjnej, czy wreszcie zwiększanie efektywności organizacji to uniwersalne argumenty przemawiające za wdrażaniem współczesnego podejścia do sprawowania funkcji personalnej jakim jest zarządzanie zasobami ludzkimi. W odniesieniu do jednostek świadczonych usługi medyczne atrybuty sprawnie funkcjonującego systemu zarządzania zasobami ludzkimi postrzegać należy za istotne, lecz w przypadku tych podmiotów argumentem nadrzędnym w podejmowaniu wyzwania sprawowania funkcji personalnej według standardów zarządzania zasobami ludzkimi powinien być fakt, że zarówno ilość, jak i przede wszystkim jakość kapitału ludzkiego wpływa bezpośrednio i pośrednio na jakość realizowanej usługi medycznej. Dodatkowo, efektywnie działający system zarządzania zasobami ludzkimi pozwala organizacjom pozyskiwać i utrzymywać najbardziej wartościowy kapitał ludzki.

Argumenty uzasadniające zasadność wdrażania filozofii zarządzania funkcją personalną według zasad zarządzania zasobami ludzkimi nie znajdują jednak odzwierciedlenia w praktyce zarządzania pracownikami w polskich jednostkach świadczących usługi medyczne, zwłaszcza tych publicznych. Główną przyczyną takiego stanu rzeczy jest przede wszystkim zaniedbanie wynikające z koncentracji tych jednostek na aspektach finansowych, a nie na kwestiach zarządzania kapitałami niematerialnymi, w tym kapitale ludzkim. Taki stan rzeczy nie jest oczywiście efektem premedytacyjnej polityki tych jednostek, lecz przede wszystkim konsekwencją funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce, a dokładniej zasad finansowania usług medycznych.

Jako, że dotychczasowe publikacje autorki koncentrowały się przede wszystkim na wskazywaniu dysfunkcji w realizacji funkcji personalnej zarówno w publicznych, jak i niepublicznych jednostkach sektora usług w niniejszym

---

\* Dr, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

opracowaniu postanowiono przyjąć za cel nadrzędny opracowanie wskazówek, w postaci metod i technik, pozwalających na zaprojektowanie, ale i wdrożenie systemu zarządzania zasobami ludzkimi. U źródła tak postawionego celu niniejszego opracowania leży założenie o tym, że wdrożenie zaproponowanych metod i technik zarządzania zasobami ludzkimi w jednostkach sektora usług medycznych może zmienić fundamenty dysfunkcyjnej realizacji funkcji personalnej w jednostkach świadczących usługi medyczne w Polsce, a przez to zapobiegać dysfunkcyjnym skutkom polityki personalnej tych jednostek, takim jak np.: niezadowolenie pracowników z pracy w tych jednostkach, czy odpływ kadry medycznej do innych krajów Unii Europejskiej. W kontekście tak postawionego celu niniejszego opracowania w dalszej jego części przedyskutowane zostaną następujące treści. Po pierwsze, przedyskutowany zostanie stan realizacji funkcji personalnej zarówno w publicznych, jak i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Część ta będzie miała charakter poglądowy, gdzie oprócz charakterystyki stanu realizacji funkcji personalnej w analizowanych jednostkach, wskazane zostaną najbardziej prawdopodobne przyczyny dysfunkcji w zakresie realizacji funkcji personalnej w tych jednostkach. Po drugie, wskazane zostaną rozwiązania w zakresie metod i technik zarządzania zasobami ludzkimi możliwe do zastosowania w jednostkach sektora usług medycznych. Opracowanie zakończy podsumowanie zawierające kwintesencję rozważań prowadzonych w niniejszym referacie.

#### **Aktualny stan realizacji funkcji personalnej w jednostkach sektora usług medycznych**

Kilkuletnie już badania prowadzone przez autorkę niniejszej publikacji dały jej możliwość przeglądu praktyk związanych z realizacją funkcji personalnej zarówno w publicznych, jak i niepublicznych jednostkach świadczących usługi medyczne. Przegląd ten pozwolił jej natomiast na określenie stanu realizacji funkcji personalnej w obu tych typach podmiotów. I tak, w efekcie badań prowadzonych w ramach pracy doktorskiej autorki niniejszego referatu, w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, gdzie organem założycielskim jest Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, dochodzi się do wniosku, że w badanych organizacjach nie administruje się kwestiami personalnymi, a nimi zarządza. Takiemu wnioskowi końcowemu przyświecają argumenty powstałe w wyniku porównania głównych założeń filozofii zarządzania zasobami ludzkimi oraz faktycznej realizacji funkcji personalnej w badanych zakładach opieki zdrowotnej. I tak po pierwsze, w założeniach filozofii zarządzania zasobami ludzkimi zatrudnionych pracowników postrzega się w kategoriach źródła przewagi konkurencyjnej. W badaniach przeprowadzonych w wybranych SP ZOZ-ach fakt ten poparty jest w deklaracjach kadry menedżerskiej tych placówek, natomiast nie we faktycznie realizowanych

działaniach dotyczących zarządzania zatrudnionymi pracownikami. Badane szpitale koncentrują się na rozwiązywaniu operacyjnych problemów związanych z obszarem zarządzania personelem. Brak jest tutaj strategicznej orientacji wobec funkcji personalnej. Jednostki te rzadko, o ile w ogóle, podejmują wyzwanie budowy strategii personalnej będącej spójną konfiguracją celów, procedur, planów i programów umożliwiających pozyskiwanie i utrzymywanie przewagi konkurencyjnej, której źródłem jest kapitał ludzki. Badane jednostki koncentrują się przede wszystkim na zasobach materialnych, w nich upatrując potencjalne źródło przyszłych przewag konkurencyjnych. Pomimo tego, że zarówno teoria, jak i praktyka zarządzania jednostkami świadczącymi usługi medyczne wskazują na ścisłą korelację pomiędzy jakością usług medycznych, a jakością zasobów ludzkich je realizujących.

Po drugie, w badanych jednostkach publicznych zauważono tylko szczątkową integrację pionową pomiędzy strategiami badanych organizacji, a celami w sferze zarządzania personelem. Szpitale zdefiniowały strategiczne cele wobec obszaru zarządzania zasobami ludzkimi, zapisując je nawet w statutach, lecz nie zoperacjonalizowały ich, tj. nie opracowały długoterminowych planów działań wynikających z ustalonych celów strategicznych zarządzania zasobami ludzkimi. Natomiast, istniejące plany jednoroczne (programy), budowane są na podstawie pojawiania się bieżących potrzeb a niezaplanowanej strategii. Zatem integracja pionowa strategii organizacyjnych ze sub-strategiami zarządzania zasobami ludzkimi w badanych organizacjach jest tylko marginalna. W analizowanych szpitalach nie ma mowy o integracji poziomej pomiędzy poszczególnymi obszarami zarządzania funkcją personalną. Każdy z podsystemów działa niezależnie od siebie bez wpływu na inne podsystemy.

Po trzecie, w analizowanych szpitalach kapitał ludzki postrzegany jest jako koszt prowadzonej działalności, a nie cenny składnik aktywów, w który warto i należy inwestować. Wniosek ten potwierdzają następujące argumenty:

- Szpitale nie planują z adekwatnym wyprzedzeniem kierunków doskonalenia jakości kapitału ludzkiego. Rozwój kapitału ludzkiego jest wynikiem bieżących potrzeb.
- Szpitale mają marginalny wpływ na kierunek rozwoju posiadanych oraz nabywanie nowych umiejętności przez zatrudnionych pracowników, zwłaszcza personelu medycznego wyższego szczebla.
- W szpitalach brak jest procedur kształtowania ścieżek kariery, czy opracowywania planów sukcesorów.
- Rozwój kompetencji specjalistycznych personelu medycznego, zwłaszcza wyższego szczebla, uznać należy za zupełnie niezależny od potrzeb organizacyjnych.

Po czwarte, kierownicy liniowi nie spełniają wszystkich przypisywanych im w literaturze przedmiotu ról. W praktyce spełniane są przez nich następujące

role: przekaznika wiedzy, trenera oraz wzoru zachowań, postaw i wartości. Natomiast ograniczenia natury organizacyjnej nie pozwalają im na spełnianie ról kreatorów wiedzy oraz agentów zmiany.

Po piąte, w szpitalach nie ma mowy o zarządzaniu kulturą organizacyjną. Brak przejrzystej polityki zarządzania zasobami ludzkimi, spójności systemów zarządzania funkcją personalną, utrata funkcji motywacyjnej w przypadku systemów rozwoju potencjału pracowników, oceny pracowniczej, czy systemu wynagradzania sprawia, że kadra menedżerska ma tylko nieznaczny wpływ na kształtowanie się norm, wartości i postaw zatrudnionych pracowników. Odwołując się bezpośrednio do wyników przeprowadzonych badań w celu egzemplifikacji wskazanej dysfunkcji stwierdzić należy, że zdaniem respondentów, którzy uczestniczyli w badaniach ankietowych skierowanych do pracowników ZOZ-ów, szpitale nie radzą sobie z pracownikami, którzy są nieefektywni i niezdyscyplinowani. Zarząd szpitali reaguje wyłącznie w sytuacjach drastycznie łamiących dyscyplinę pracy lub prawa pacjenta. Natomiast nie podejmowane są działania ukierunkowane na takie kształtowanie kultury organizacyjnej, aby ta wspierała realizację zaplanowanej strategii działania.

Po szóste, stosunki pracy w analizowanych SP ZOZ-ach nie są zindywidualizowane. Zdecydowana większość pracowników badanych szpitali zatrudniona jest w oparciu o umowę o pracę na czas nieokreślony oraz wynagradzana jest według standardów wynikających z przyjętych na zasadach układu zbiorowego Regulaminów Wynagradzania.

Po siódme, w badanych jednostkach komórki organizacyjne zajmujące się kwestiami personalnymi przynależą do administracji. Komórki te nie są postrzegane jako strategiczni partnerzy, którzy biorą aktywny udział w kreowaniu polityki zarządzania zasobami ludzkimi pozwalającej na takie kształtowanie kapitału ludzkiego, aby ten stał się źródłem przewagi konkurencyjnej badanych organizacji. Orientacja prokliencka komórek ds. personalnych ogranicza się przede wszystkim do wsparcia administracyjnego świadczonego zarówno wobec działów organizacyjnych działalności podstawowej, jak i pomocniczej. W praktyce działy personalne pełnią role: ekspertów administracyjnych, integratorów interesów, doradcy wewnętrznego w kwestiach dotyczących prawa pracy [B. Buchelt, 2011, s. 348-349].

Lepszymi rozwiązaniami w zakresie poziomu rozwoju funkcji personalnej legitymują się jednostki działające w sektorze niepublicznym. Do takiego wniosku dochodzi się poprzez analizę danych pozyskanych w wyniku zrealizowania projektu badawczego Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego poświęconego kwestiom realizacji funkcji personalnej w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Projekt ten realizowany był w latach 2007-2009. Natomiast ocena stanu zaawansowania rozwoju funkcji personalnej dokonana w oparciu o materiał badawczy zebrany w ramach przeprowadzonych badań

ankietowych przeprowadzonych na próbie 54 niepublicznych jednostek sektora usług medycznych.

Odwołując się do wspomnianych danych ustalono, że prawie połowa badanych NZOZ-ów posiada strategię zarządzania bądź to w formie oficjalnego dokumentu, bądź w formie nieformalnej. 7/54 podmioty właśnie opracowuje taką strategię, a 24/54 podmioty nie posiada tejże strategii. Cele strategiczne wymieniane przez te jednostki oscylowały wokół takich aspektów jak: rozwój działalności rynkowej, poprawa jakości świadczonych usług, dywersyfikacja zestawu świadczonych usług medycznych, oraz wdrażanie nowoczesnych metod zarządzania. Gorsze wyniki uzyskano przy próbie identyfikacji posiadania przez badane podmioty strategii zarządzania zasobami ludzkimi. I tak 10/54 podmioty posiada strategię ZZL w postaci formalnej lub nieformalnej. Siedem podmiotów właśnie opracowuje taką strategię i siedem planuje jej opracowanie. 30/54 podmioty nie posiada takiej strategii. Podmioty, które zadeklarowały posiadanie strategii zarządzania zasobami ludzkimi wyznaczały swoje cele wokół takich aspektów jak: wdrażanie systemów ocen i wynagradzania, racjonalizacja zatrudnienia, pozyskiwanie pracowników, kształtowanie kultury organizacyjnej, czy wdrażanie elastycznych form zatrudnienia [B. Buchelt, 2010, s. 155-162].

Kluczowym aspektem badań przeprowadzonych w grupie NZOZ-ów było uzyskanie informacji na temat stanu realizacji funkcji personalnej w badanych organizacjach, czyli w zasadzie określenie jakie procedury zarządzania zasobami ludzkimi zostały przez te podmioty wdrożone, bądź to w postaci sformalizowanej bądź niesformalizowanej. I tak, najczęściej podmiotów zdecydowało się na sformalizowanie procedur adaptacji oraz planowania szkoleń 15/54. 14/54 jednostki sformalizowało ocenę pracowniczą. Tylko 4/54 organizacji sformalizowały planowanie ścieżek kariery. Przy procedurach nieformalnych najistotniejszym stał się proces adaptacji pracowniczej. Następnie procedury naboru, selekcji i planowania szkoleń. Najmniej organizacji posiada niesformalizowane (niepisane) procedury zarządzania karierą pracowników. Szczegółowy wykaz procedur formalnych i nieformalnych jest następujący [B. Buchelt, 2010, s. 163-164]:

- 32/54 podmioty posiada procedurę naboru pracowników;
- 32/54 posiada procedurę selekcji pracowników;
- 44/54 jednostki posiada procedurę adaptacji;
- 29/54 jednostki posiada procedurę oceny pracowniczej;
- 34/54 planuje szkolenia pracowników;
- 16/54 planuje karierę swoich pracowników;
- 28/54 ma uszyte na miarę rozwiązania w zakresie wynagrodzeń pracowniczych.

W podsumowaniu analizy stanu realizacji funkcji personalnej w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej stwierdzić należy, że niezależnie

od formy własności stan realizacji działań z zakresu zarządzania zasobami ludzkimi nie jest zadowalający. Przy czym bardziej zaawansowane wydają się być praktyki zarządzania zasobami ludzkimi w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Zastanawiając się nad przyczynami stanu realizacji funkcji personalnej czy to w publicznych, czy niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej można w zasadzie wskazać następujący ich zestaw:

- permanentne zmiany w systemie opieki zdrowotnej nastawione na zmianę formy finansowania usług medycznych;
- ograniczoność zasobów finansowych w publicznym systemie opieki zdrowotnej, brak stymulatorów racjonalizacji działań podmiotów działających w tym systemie;
- normy prawne dotyczące zawodów medycznych – odgraniczona dostępność do niektórych specjalizacji medycznych;
- sposób finansowania usług medycznych – decyzje scentralizowane;
- niska świadomość istotności kapitału ludzkiego w działalności jednostki świadczącej usługi medyczne wśród kadr menedżerskich zarządzających zakładami opieki zdrowotnej.

W kontekście przytoczonych informacji oraz przy świadomości czynników wpływających na rozwój funkcji personalnej w jednostkach świadczących usługi medyczne w Polsce warto jest jednak spróbować wskazać możliwości poprawy realizacji tej funkcji w analizowanych jednostkach. Próba taka zostanie podjęta w kolejnej części niniejszego opracowania.

### **Metody i narzędzia zarządzania zasobami ludzkimi w jednostkach sektora usług medycznych**

Na wstępie niniejszej części referatu warto podkreślić, że rozwiązania dotyczące poprawy realizacji funkcji personalnej, jakie można wprowadzić w zakładach opieki zdrowotnej działających na terenie naszego kraju dotyczą zarówno wymiaru strategicznego, jak i operacyjnego. Przy czym w odniesieniu do wymiaru strategicznego propozycje dotyczą rozwiązań w zakresie organizacji procesu strategicznego zarządzania zasobami ludzkimi oraz opracowywania adekwatnej strategii. A w przypadku wymiaru operacyjnego organizacji procesów i wykorzystania konkretnych metod i narzędzi zarządzania zasobami ludzkimi.

W odniesieniu do wymiaru strategicznego realizacji funkcji personalnej w jednostkach sektora usług medycznych pierwszym zadaniem stojącym przed służbami ds. zarządzania zasobami ludzkimi realizującymi proces strategicznego zarządzania zasobami ludzkimi w tych jednostkach winno być ustalenie głównego celu (misji) realizacji funkcji personalnej, czyli wskazanie głównych wartości, którymi kieruje się firma w zarządzaniu tym unikalnym zasobem. Opracowany na tym etapie cel ma za zadanie określenie dążeń jednostki

w sferze zarządzania personelem, tych najbardziej ogólnych, wynikających z samej istoty jej działalności, jako autonomicznej organizacji. Bardziej szczegółowe strategiczne cele zarządzania funkcją personalną powinny być opracowane po przeprowadzeniu jej analizy strategicznej. Misja jednostki sektora usług medycznych może zatem brzmieć następująco: „*działanie mające na celu poprawę zdrowia pacjenta, uznanie i poszerzenie jego podmiotowości oraz podniesienie poziomu obsługi pacjenta* [G. Bartkowiak, 2004, s. 21]”.

Definiując strategiczny cel zarządzania zasobami ludzkimi w jednostkach sektora usług medycznych należy zastanowić się, jaka relacja powinna łączyć strategię organizacyjną z opracowywaną strategią zarządzania zasobami ludzkimi. Możliwe jest tu zastosowanie jednego z trzech podejść: reaktywnego, aktywnego i interaktywnego [A. Pocztowski, 2003, s. 64] [Pocztowski 2001]. Mając na względzie specyfikę działalności jednostek sektora usług medycznych, a przede wszystkim fakt, iż kapitał ludzki jest strategicznym determinantem jakości usług medycznych, a tym samym jest generatorem możliwości tworzenia i utrzymywania przewagi konkurencyjnej należy wykluczyć zastosowanie podejścia reaktywnego przy tworzeniu strategii ZZL jednostki świadczącej usługi medyczne. Wynika to przede wszystkim z faktu, iż zastosowanie tego ujęcia sprzyja traktowaniu pracowników, jako źródła kosztów, a strategia zarządzania zasobami ludzkimi traktowana jest podrzędnie w stosunku do strategii organizacyjnej. Tak więc do dyspozycji projektantów strategii ZZL w jednostkach sektora usług medycznych pozostają dwa możliwe do zastosowania podejścia: podejście aktywne i interaktywne. Biorąc po uwagę specyfikę wymienionych podejść, wydaje się zasadnym, aby zaproponować wykorzystanie podejścia interaktywnego w procesie budowy strategii ZZL jednostek sektora usług medycznych, bo choć w podejściu aktywnym kapitał ludzki postrzegany jest jako źródło pozyskiwania i utrzymywania przewagi konkurencyjnej, a w związku może również wyznaczać ogólne cele strategiczne organizacji, to poziom integracji strategicznej jaki występuje przy zastosowaniu tego podejścia przy uwzględnieniu specyfiki działalności jednostek świadczących usługi medyczne, zdaniem autorki, jest niewystarczający. W jednostkach sektora usług medycznych potrzebne jest zastosowanie podejścia interaktywnego w procesie budowy strategii personalnej, ponieważ zakłada ono wzajemne przenikanie się kwestii biznesowych i personalnych. Przy wykorzystaniu interaktywnego podejścia do budowania strategii personalnej strategia ogólna stanowi podstawę wyznaczania celów w sferze zasobów ludzkich. Z drugiej strony równocześnie strategia ogólna uwzględnia słabe i mocne strony kapitału ludzkiego [A. Pocztowski, 2001, s. 15]; [B. Buchelt, 2008, s. 43-50].

Ustalenie interaktywnej relacji jaka będzie łączyć strategię organizacji ze strategią ZZL stwarza realizatorom procesu strategicznego zarządzania personelem możliwość ustalenia celu zarządzania zasobami ludzkimi. Przy

założeniu strategicznej integracji strategii ZZL ze strategią organizacji, celem strategicznym funkcji personalnej powinno być takie ukształtowanie ilościowych i jakościowych wymiarów kapitału ludzkiego, aby ten wspierał realizację przyjętej strategii oraz był źródłem teraźniejszych i przyszłych przewag konkurencyjnych [A. Pocztowski, 2001, s. 14]. Odwołując się do adekwatnej literatury przedmiotu, oraz przy świadomości wyników badań realizowanych przez autorkę, można wskazać następujące propozycje strategicznych celów zarządzania zasobami ludzkimi w jednostkach świadczących usługi medyczne:

- permanentne doskonalenie kompetencji specjalizacyjnych oraz interpersonalnych zatrudnionego personelu medycznego, jak i administracyjnego;
- dostosowanie stanu i struktury zatrudnienia do faktycznych potrzeb jednostek świadczących usługi medyczne, wynikających z analizy profilu, zakresu oraz ilości wykonywanych usług;
- poprawa efektywności pracy, zwłaszcza personelu medycznego;
- poprawa motywacji do pracy, zwłaszcza personelu medycznego.

Zdefiniowane powyżej strategiczne cele realizacji funkcji personalnej stanowią uniwersalny przykład celów, jakie mogą być przyjęte przez jednostki świadczące usługi medyczne. Zatem ich wykorzystanie wymaga adaptacji do warunków danego podmiotu, szpitala czy przychodni. Wyznaczenie głównego celu zarządzania zasobami ludzkimi powinno stanowić punkt wyjścia do strategicznej analizy funkcji personalnej w jednostkach sektora usług medycznych.

Analiza strategiczna jednostek sektora usług medycznych realizowana dla potrzeb strategii zarządzania zasobami ludzkimi, to diagnoza otoczenia zewnętrznego i wewnętrznego podmiotu pod kątem identyfikacji i oceny czynników istotnych dla zarządzania funkcją personalną przy wykorzystaniu dostępnych metod i technik odpowiadających specyfice analizowanych problemów. Biorąc pod uwagę opracowania literaturowe poświęcone procesowi analizy strategicznej można wskazać etapy najczęściej w nich wymieniane, są to:

- analiza makrootoczenia (zewnętrznego dalszego),
- analiza otoczenia konkurencyjnego (zewnętrznego bliższego),
- analiza otoczenia wewnętrznego (mikrootoczenia),
- analiza funkcji personalnej oraz zatrudnienia,
- konfrontacja zidentyfikowanych szans i zagrożeń oraz stron mocnych i słabych w postaci wybranej analizy syntetycznej.



**Tabela nr 1. Analiza strategiczna w procesie zarządzania zasobami ludzkimi w jednostkach świadczących usługi medyczne**

Rodzaj analizy	Cel	Metody i techniki
<b>Analiza makrootoczenia</b>	Wskazanie trendów jakie mogą wpłynąć na realizację tej funkcji. Należy przeanalizować czynniki: ekonomiczne, polityczne, prawne, socjokulturowe (w tym demograficzne), technologiczne oraz te związane z rynkiem pracy.	Metoda scenariuszowa Opracowanie scenariuszy stanów otoczenia organizacji daje możliwość poznania przyszłych ograniczeń formułowania strategii personalnej, w tym oceny burzliwości, stopnia ustrukturyzowania i stabilności otoczenia.
<b>Analiza otoczenia konkurencyjnego</b>	Wyodrębnienie trendów, jakie powstają podczas interakcji jednostek świadczących usługi medyczne z organizacjami i podmiotami znajdującymi się w ich otoczeniu, a mających pozytywny lub negatywny wpływ na realizację tej funkcji.	Metoda scenariuszowa
<b>Analiza otoczenia wewnętrznego</b>	Identyfikacja potencjału strategicznego jednostek świadczących usługi medyczne pod kątem realizacji zaprojektowanej strategii personalnej. Chodzi tu przede wszystkim o wskazanie stron mocnych i słabych podmiotu, które mogą wspierać lub zaburzać realizację zaprojektowanej strategii.	Ocena potencjału strategicznego przedsiębiorstwa, czyli punktowa ocena czynników wewnętrznych.
<b>Analiza funkcji personalnej oraz zatrudnienia</b>	Wskazanie stron mocnych i słabych zarówno zatrudnionych pracowników, jak i systemu zarządzania nimi (systemu ZZL).	
<b>Agregacja danych</b>	W całości przeanalizować szanse, zagrożenia, strony mocne i słabe wpływające na kształt opracowywanej strategii.	SWOT

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: [B. Buchelt, 2008, s. 47-51].

Wychodząc z założenia zastosowania analizy SWOT jako analizy syntetycznej wykorzystywanej przy wskazaniu szans, zagrożeń, stron mocnych i słabych kształtujących projekt strategii personalnej, w kolejnym etapie procesu strategicznego zarządzania personelem jednostki sektora usług medycznych

powinny się skupić na opracowaniu wariantów możliwych strategii. Przyjmując metodologię analizy SWOT możliwe jest przygotowanie następujących wariantów strategicznych [K. Obłój, 1998, s. 182]; [J. Beliczyński, 1994, s. 59-71]:

- maxi-maxi – strategia agresywna – polega na maksymalnym wykorzystaniu efektu synergii występującego między silnymi stronami organizacji i szansami generowanymi przez otoczenie;
- maxi-mini – strategia konserwatywna – polega na minimalizowaniu negatywnego wpływu otoczenia przez maksymalne i zarazem aktywne wykorzystanie potencjału tkwiącego w organizacji;
- mini-maxi – strategia konkurencyjna – polega na eliminowaniu słabych stron organizacji oraz budowaniu jej konkurencyjnej siły przez maksymalne wykorzystanie istniejących szans sprzyjających rozwojowi;
- mini-mini – strategia defensywna – polega na zapewnianiu przetrwania przez minimalizowanie wpływu zarówno występujących wewnątrz firmy słabości, jak i zagrożeń ze strony otoczenia.

Po to, aby przygotowywane warianty możliwych do realizacji strategii personalnych jednostek sektora usług medycznych były zintegrowane pionowo i poziomo ze strategią organizacji, osoby odpowiedzialne za przygotowywanie wariantów powinny odpowiedzieć na następujące pytania [A. Poczowski, 2003, s. 65]:

- Jakich pracowników potrzebujemy zarówno w sferze medycznej, jak i administracyjnej?
- Czy potrzebna jest zmiana struktury organizacyjnej podmiotu, w tym funkcji personalnej?
- W jakim stopniu mocne i słabe strony naszej jednostki są związane z zasobami ludzkimi?
- Jak zidentyfikowane szanse i zagrożenia wpływają na możliwości rozwoju i motywowania pracowników?
- Jakie zagrożenia dla naszej organizacji wynikają z deficytów kompetencji naszego personelu medycznego i administracyjnego?
- W jakim stopniu zidentyfikowane główne problemy strategiczne związane są z organizacją i personelem?
- W jakim stopniu sukces jednostki zależy od jakości, motywacji, zaangażowania i postaw personelu medycznego i administracyjnego?
- W jaki sposób można stymulować wysoką efektywność pracy zarówno personelu medycznego, jak i administracyjnego?

Bardzo istotnym na tym etapie projektowania strategii personalnej jest ustalenie czy projektowane warianty będą dotyczyć wszystkich zatrudnionych pracowników, czy będą one tworzone w podziale na pracowników kluczowych czyli tych, którzy w sposób decydujący wpływają na tworzenie wartości dodanej oraz pozostałych pracowników. W jednostkach świadczących usługi medyczne

można tworzyć warianty w stosunku do pracowników medycznych i niemedycznych. Kolejnym dylematem jaki należy rozważyć przy budowie wariantów strategii jest ich konstrukcja. W literaturze przedmiotu najczęściej sugeruje się opracowywanie celów i planów działania w oparciu o następujący podział: planowanie, rekrutacja, ocena, wynagradzanie, motywowanie i inne [A. Lipka, 2000]; [M. Juchnowicz, 2000]. Jest to standardowa koncepcja, która nierzadko stosowana jest w praktyce gospodarczej.

Istotnym na tym etapie projektowania strategii jest wybór wariantu strategii do realizacji. Do kryteriów jakie można wykorzystać przy najbardziej efektywnego wariantu strategii ZZL dla danego ośrodka świadczącego usługi medyczne zaliczyć można m. in. [Buchelt, 2008, s. 54]:

- zapewnienie możliwości realizacji celów jednostki poprzez działania zawarte w planach personalnych,
- zapewnienie spójności systemu zarządzania personelem,
- systematyczne kształcenie potencjału personelu,
- związanie pracowników z organizacją,
- tworzenie postaw proefektywnościowych i prorozwojowych,
- zatrzymanie pracowników w organizacji,
- wielkość zasobów finansowych potrzebna do realizacji zaplanowanych działań,
- ewolucyjny charakter zmian możliwy do zaakceptowania przez zatrudnionych pracowników,
- kompetencje personelu odpowiadającego za wdrożenie, realizację i kontrolę zaplanowanych działań,
- satysfakcjonujący poziom ryzyka możliwości realizacji zaplanowanych przedsięwzięć,
- gotowość zatrudnionego personelu do zmian jakie niesie za sobą wdrożenie wybranej strategii.

Proces wdrażania strategii personalnej w jednostkach sektora usług medycznych powinien być dedykowany zrealizowaniu następujących działań. Po pierwsze, rozpisanie przyjętych do realizacji planów na szczegółowe programy działania z uwzględnieniem harmonogramów oraz budżetów planowanych przedsięwzięć (operacjonalizacja). Po drugie, zaprojektowaniu zmian organizacyjnych niezbędnych do realizacji zaplanowanych działań w obszarze funkcji personalnej. Proces wdrażania strategii personalnej w jednostkach sektora usług medycznych powinien być poprzedzony podjęciem następujących działań. Po pierwsze, rozpisanie przyjętych do realizacji planów na szczegółowe programy działania z uwzględnieniem harmonogramów oraz budżetów planowanych przedsięwzięć (operacjonalizacja). Po drugie, zaprojektowanie zmian organizacyjnych niezbędnych do realizacji zaplanowanych działań w obszarze funkcji personalnej.

Jak już wspomniano wcześniej, oprócz rozwiązań na poziomie strategicznym, w celu poprawy efektywności działań w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi w tych jednostkach należy zaproponować metody i narzędzia zarządzania funkcją personalną na poziomie operacyjnym. Pierwszym działaniem jakie powinno być podjęte w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi w jednostkach świadczących usługi medyczne jest planowanie stanu i struktury zatrudnienia. W odniesieniu do tego obszaru w kontekście niedoboru przede wszystkim personelu medycznego o określonych kwalifikacjach zawodowych wydaje się uzasadnionym postulowanie, aby jednostki te planowały stan i strukturę zatrudnienia, zwłaszcza w sferze medycznej swojej działalności w horyzoncie co najmniej 3 letnim. Kierownicy komórek organizacyjnych powinni zatem przeanalizować potrzeby personalne wynikające z bieżących zadań oraz tych przyszłych i porównać je z faktycznym stanem zatrudnienia. Przygotowany przez kierowników komórek organizacyjnych plan zapotrzebowania personalnego powinien być skonsultowany z zatrudnionym w danej komórce organizacyjnej personelem. I tak dla przykładu, w przypadku szpitala, ordynatorzy mogą konsultować propozycję planu zatrudnienia personelu medycznego z zatrudnionymi w danym oddziale lekarzami oraz pielęgniarką oddziałową. Celem tej konsultacji jest określenie czy zdefiniowane potrzeby personalne mogą być zaspokojone przy pomocy zatrudnionego już personelu medycznego, przy wykorzystaniu elastycznych form zatrudnienia, czy pojawia się potrzeba zatrudnienia dodatkowego pracownika. Zweryfikowane plany powinny podlegać konsultacjom i dyskusjom na poziomie pozostałych kierowników liniowych (ordynatorów) oraz zarządu danego szpitala. Analogicznie powinno postępować się w przypadku planów zatrudnienia krótko-terminowych (rocznych).

Kolejnym obszarem zarządzania zasobami ludzkimi, co do którego można wysunąć propozycje usprawnień to obszar szeroko-pojmowanej rekrutacji. Nie jest to jednak zadanie proste zwłaszcza jeżeli chodzi o podmioty publiczne. Należy bowiem być świadomym, że obszar ten regulowany jest z jednej strony przez Ustawę o ZOZ-ach, z drugiej strony przez wymagania konkursowe na świadczenie usług medycznych stawiane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W kwestii metod i narzędzi rekrutacji pracowników do jednostek świadczących usługi medyczne podejść należy trzy-wymiarowo tj. w odniesieniu do personelu medycznego nie zajmującego stanowisk kierowniczych, w stosunku do personelu medycznego na stanowiskach kierowniczych, oraz w odniesieniu do personelu niemedycznego. Niezależnie jednak od typu pracownika, którego poszukuje dana jednostka świadcząca usługi medyczne stwierdzić należy, że podstawą procesu pozyskiwania pracowników powinny być aktualne opisy stanowisk pracy wraz z przynależnymi im profilami kwalifikacyjnymi, kompetencyjnymi oraz osobowości. Takie opisy wraz z profilami powinny być opracowane na bazie przeprowadzonej w danej jednostce analizy pracy. Jeżeli chodzi o wykaz

metod oraz technik jakie powinny być zastosowane w tych podmiotach to adekwatną propozycję rozwiązań zawarto w tabeli nr 2.

**Tabela nr 2. Propozycja organizacji procesu pozyskiwania pracowników do jednostki świadczącej usługi medyczne**

<b>Grupa pracowników</b>	<b>Kryteria wykorzystywane w procesie pozyskiwania</b>	<b>Narzędzia naboru</b>	<b>Narzędzia selekcji</b>
<b>Personel medyczny – stanowiska kierownicze tj. kierownicy komórek organizacyjnych, ordynatorzy, pielęgniarki oddziałowe</b>	Kwalifikacje Kompetencje związane z zarządzaniem zespołem Kompetencje specjalistyczne (zawodowe) Kompetencje związane z obsługą pacjenta Cechy osobowości	Ogłoszenia w Internecie Ogłoszenia w prasie Referencje Agencje pośrednictwa pracy	(1) Procedura konkursowa poszerzona o testy kompetencji, wiedzy oraz testy osobowości (2) Analiza dokumentów Referencje Rozmowy rekrutacyjne Testy kompetencji, wiedzy oraz testy osobowości
<b>Personel medyczny – na stanowiskach nie kierowniczych</b>	Kwalifikacje Kompetencje specjalistyczne (zawodowe) Kompetencje związane z obsługą pacjenta	Ogłoszenia w Internecie Ogłoszenia w prasie Referencje Agencje pośrednictwa pracy Uczelnie medyczne	Analiza dokumentów Referencje Rozmowy rekrutacyjne Testy kompetencji, wiedzy
<b>Personel administracyjny</b>	Kwalifikacje Kompetencje specjalistyczne (zawodowe)	Ogłoszenia w Internecie Ogłoszenia w prasie Referencje Agencje pośrednictwa pracy Targi pracy	Analiza dokumentów Referencje Rozmowy rekrutacyjne Testy kompetencji, wiedzy

Źródło: Opracowanie własne.

Adaptacja to następna funkcja zarządzania zasobami ludzkimi, która wpływa na efektywność działań w zakresie realizacji funkcji personalnej. Celem tej funkcji jest wprowadzenie pracownika na stanowisko pracy w wymiarze zawodowym tj. m.in. zadania na stanowisku pracy, rola pełniona w organizacji, oraz w wymiarze społecznym tj. m.in. zwyczaje rytuały grupowe, normy komunikowania się, styl ubioru. Za wprowadzenie pracownika do pracy mogą odpowiadać różne podmioty wewnątrz organizacji np.: ordynator, z-ca ordynatora, kierownik poradni, pielęgniarka oddziałowa, pielęgniarka odcinkowa, czy kierownik komórki administracyjnej. Dobór podmiotu zależy powinien od tego kogo, na jakie stanowisko, dokonywana jest adaptacja. Proces adaptacji powinien trwać co najmniej trzy miesiące i powinien dotyczyć wszystkich nowo-zatrudnianych pracowników. W czasie procesu adaptacji pracownik zapoznaje się m.in. z:

- strukturą organizacyjną podmiotu,
- misją podmiotu,
- systemem komunikacji,
- zależnościami funkcyjnymi,
- procedurami realizacji zadań.

Konsekwencją procesu adaptacyjnego powinno być przeprowadzenie oceny przez bezpośredniego przełożonego przy wykorzystaniu arkusza opartego na adekwatnych kryteriach oceny wynikających z opisu stanowiska pracy [zob. tab. nr 3]. W oparciu o dokonaną ocenę procesu adaptacyjnego organizacja powinna zdecydować czy przedłużać zatrudnienie danemu pracownikowi, czy też rozstać się z nim. Należy przy tym pamiętać, że zatrzymywanie pracownika ewidentnie niespełniającego zasadniczych norm pracy w danej organizacji może skutkować zwiększaniem się tzw. kosztów utopionych tj. brakiem zwrotu z nakładów, które organizacja dokonywać będzie w trakcie trwania stosunku pracy.

**Tabela nr 3. Przykład karty oceny procesu adaptacji pracownika w jednostce świadczącej usługi medyczne**

	<b>Imię i nazwisko Pracownika:</b>
	<b>Stanowisko:</b>
	<b>Dział/Ambulatorium:</b>
	<b>Bezpośredni Przełożony:</b>
	<b>Data zatrudnienia:</b>

#### **CZĘŚĆ I**

**Pracownik zapoznał się z udostępnionymi dokumentami:**

	1. Regulamin Pracy	
	2. Regulamin Wynagradzania	
	3. Zasady BHP	
	4. Standardy Obsługi Pacjenta	

**CZĘŚĆ II**

<i>W zależności od tego, na jakim poziomie Opiekun obserwuje i ocenia zachowanie danej osoby, przypisuje wartość 1-6.</i>	<b>6 – spełnia wymagania powyżej oczekiwań</b>
	<b>5 – doskonale spełnia wymagania</b>
	<b>4 – bardzo dobrze spełnia wymagania</b>
	<b>3 – spełnia wymagania</b>
	<b>2 – dostatecznie spełnia wymagania</b>
	<b>1 – nie spełnia wymagań</b>

Opis wymaganej kompetencji	ocena realizacji					
Pracownik wykazuje się wiedzą merytoryczną/specjalistyczną	6	5	4	3	2	1
Jest odpowiedzialny	6	5	4	3	2	1
Pracownik poprawnie realizuje powierzone mu zadania	6	5	4	3	2	1
Pracownik troszczy się o jakość realizowanych zadań i dąży do jej poprawy	6	5	4	3	2	1
Zna i realizuje standardy przyjęte w firmie	6	5	4	3	2	1
Pracownik zna standardy obsługi pacjenta i stosuje się do nich	6	5	4	3	2	1
Aktywnie słucha i przekazuje wypowiedzi w sposób jasny i zrozumiały	6	5	4	3	2	1
Systematycznie planuje i organizuje swoją pracę	6	5	4	3	2	1
Potrafi współpracować z pracownikami w zespole i poza nim	6	5	4	3	2	1
Wywiązuje się z obowiązków terminowo	6	5	4	3	2	1
<b>SUMA PUNKTÓW</b>						

Źródło: Opracowanie własne.

W jednostkach sektora usług medycznych powinny funkcjonować sztywne na miarę systemy ocen okresowych pracowników. Systemy te powinny być budowane przy uwzględnieniu następującego zestawu zasad: celowości, użyteczności, powszechności, jednolitości, adekwatności, ciągłości, systematyczności, prostoty, jawności, elastyczności, odwołań, poufności [A. Pocztowski, 2003, s. 268]. Podstawowymi celami systemu oceny pracowników ośrodka medycznego powinny być [Buchelt-Nawara]:

- kształtowanie polityki rozwoju zasobów ludzkich, w tym efektywne wykorzystanie narzędzi rozwoju personelu, a więc: szkoleń, przemieszczeń pracowników, oraz strukturyzacji pracy,
- wynagradzanie – kształtowanie składników wynagrodzenia,

- planowanie karier zawodowych,
- kształtowanie polityki rekrutacji i zwolnień,
- uaktualnianie danych osobowych,
- motywowanie pracowników do samodoskonalenia się poprzez dostarczanie im informacji zwrotnej o mocnych i słabych stronach ich pracy.

Podmiotami biorącymi bezpośredni udział w ocenie pracowniczej powinien być przede wszystkim bezpośredni przełożony pracownika (osoba dokonująca oceny) oraz pracownik tj. osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę lub współpracująca w ramach elastycznych form zatrudnienia tzw. umowy cywilnoprawnej. Nieformalna ocena pracowników powinna odbywać się na bieżąco w codziennej pracy przełożonego, a formalna co najmniej raz w roku w oceny postaci wypełniania kwestionariuszy oraz rocznej rozmowy oceniającej. Ogólny schemat kwestionariusza ocen pracowniczych, który mógłby być wykorzystany w jednostce świadczącej usługi medyczne powinien zawierać:

- dane pracownika: imię i nazwisko, nazwę komórki organizacyjnej w której pracownik pracuje,
- imię i nazwisko przełożonego,
- opisy zachowań, które przejawiają się na danym stanowisku pracy i dotyczą kompetencji oczekiwanych u pracownika,
- skalę ocen.

Przykładowe kryteria szczegółowe wykorzystywane podczas procesu oceny głównych spośród wyżej wymienionych grup pracowniczych, czyli lekarzy, pielęgniarek, kadry menedżerskiej oraz personelu administracyjnego przedstawiono w tabeli nr 4. Tablica ta zawiera zarówno kryteria wspólne, jak i te wyróżniające poszczególne grupy pracownicze. Oczywiście zaproponowane kryteria nie stanowią zamkniętej listy kryteriów jakie mogą być zastosowane w jednostce świadczącej usługi medyczne. Wręcz przeciwnie lista ta powinna być uzupełniana o kryteria wynikające z celów jakie stawiane są przed systemem oceny okresowych pracowników konkretnego podmiotu świadczącego usługi medyczne. Punktem wyjścia przy ustalaniu kryteriów może być na przykład zidentyfikowanie tak zwanych kluczowych kompetencji organizacyjnych. Następnie zbudowanie kaskady kompetencji polegającej na tym, iż kluczowe kompetencje jednostki świadczącej usługi medyczne zostaną przełożone na kompetencje jakie powinien posiadać personel zatrudniony w tej jednostce. I to właśnie zidentyfikowane kompetencje przypisane poszczególnym stanowiskom pracy mogą posłużyć jako kryteria oceny poszczególnych pracowników.



**Tabela nr 4. Przykładowe kryteria oceny personelu jednostki świadczącej usługi medyczne**

<b>Kryteria kompetencyjne</b>			
<b>Lekarze</b>	<b>Pielęgniarki</b>	<b>Kadra menedżerska</b>	<b>Personel administracyjny</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- stopień specjalizacji medycznej np. specjalista, lekarz pierwszego stopnia specjalizacji,</li> <li>- wiedza z zakresu danej specjalizacji,</li> <li>- wiedza wynikająca z ukończenia dodatkowych kursów dokształcających związanych bezpośrednio lub pośrednio z określoną specjalizacją medyczną,</li> <li>- aktualność posiadanej wiedzy,</li> <li>- umiejętność rozpoznania/ zdiagnozowania danego stanu chorobowego,</li> <li>- umiejętność dostosowania kuracji do danego stanu chorobowego,</li> <li>- umiejętność przeprowadzenia określonych zabiegów,</li> <li>- aktualność stosowanych metod leczenia (leków, terapii),</li> <li>- orientacja na klienta;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- specjalizacja,</li> <li>- uzyskane wykształcenie średnie lub wyższe,</li> <li>- zakończone kursy specjalistyczne – doskonalące,</li> <li>- wprawa w wykonywaniu określonych czynności/ podstawowych zabiegów np. pobór krwi, zdjęcia Rtg,</li> <li>- orientacja na klienta;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wykształcenie specjalistyczne np. Master of Health Administration,</li> <li>- wiedza związana z zarządzaniem ośrodkami medycznymi,</li> <li>- umiejętność rozwiązywania problemów związanych z ograniczonością zasobów finansowych,</li> <li>- umiejętność podejmowania decyzji oraz wprowadzania nowoczesnych metod zarządzania,</li> <li>- asertywność,</li> <li>- orientacja na klienta,</li> <li>- umiejętność negocjacji,</li> <li>- cechy przywódcze,</li> <li>- orientacja na klienta;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wykształcenie zależne od zajmowanego stanowiska – średnie lub wyższe o określonej specjalizacji,</li> <li>- wiedza specjalistyczna związana z zajmowanym stanowiskiem pracy,</li> <li>- umiejętność pracy w zespole,</li> <li>- orientacja na klienta zwłaszcza u pracowników mających bezpośredni kontakt z pacjentem np. w rejestracji;</li> </ul>

<b>Kryteria efektywnościowe</b>			
Lekarze	Pielęgniarki	Kadra menedżerska	Personel administracyjny
<ul style="list-style-type: none"> <li>- jakość wykonywanych usług – takie przeprowadzenie badania i diagnozy aby zalecona kuracja dała poprawę stanu zdrowia pacjenta,</li> <li>- ilość wykonywanych usług: takie wykonywanie usługi medycznej aby w pełni przeanalizować i zdiagnozować stan chorobowy pacjenta,</li> <li>- dostosowanie zalecanych badań analitycznych do niezbędnego ich zakresu,</li> <li>- wartość sprzedaży usług poza tymi zakontraktowanymi z NFZ,</li> <li>- skrócenie czasu przeprowadzania badania lekarskiego,</li> <li>- utrzymanie stałych pacjentów,</li> <li>- ilość nowych pacjentów w określonym przedziale czasowym;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- jakość wykonywanych usług – zabiegów w tym np.: przestrzeganie norm BHP, zapewnienie pacjentom komfortu psychicznego poprzez profesjonalne podejście do wykonywanych zabiegów,</li> <li>- ilość zrealizowanych usług mierzona w określonym przedziale czasu przy uwzględnieniu zakresu złożoności usługi / zabiegu,</li> <li>- uzyskane oszczędności poprzez np. bezpomyłkowe pobieranie krwi do badania, oszczędne gospodarowanie materiałami higienicznymi (np. waciki, bandaże);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wynegocjowanie korzystnych warunków umowy z NFZ,</li> <li>- wartość zakontraktowanych usług medycznych,</li> <li>- wielkość sprzedaży usług niezakontraktowanych przez NFZ,</li> <li>- pozyskiwanie nowych klientów indywidualnych i grupowych np. firmy,</li> <li>- uzyskanie oszczędności poprzez np. wprowadzanie elastycznych form zatrudnienia, stosowanie outsourcingu usług niezwiązanych z działalnością podstawową;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ilość wykonywanej pracy w wymiarze wartościowym i jakościowym,</li> <li>- terminowość,</li> <li>- uzyskanie oszczędności po-przez np. eliminację nadużywania materiałów biurowych, wykorzystywanie telefonów tylko do celów służbowych,</li> <li>- przy niektórych stanowiskach pozyskiwanie nowych klientów – np. pracownicy rejestracji;</li> </ul>

Kryteria behawioralne			
Lekarze	Pielęgniarki	Kadra menedżerska	Personel administracyjny
<ul style="list-style-type: none"> <li>- staranność i profesjonalizm w wykonywaniu usług czyli dokładne zbadanie pacjenta przy wykorzystaniu niezbędnych pomocy w celu identyfikacji stanu chorobowego (np. badania analityczne), postawienie diagnozy oraz dobór kuracji,</li> <li>- stosunek do pacjentów (podmiotowe a nie przedmiotowe traktowanie pacjentów) i współpracowników (traktowanie pomocniczego personelu medycznego jako partnerów a nie podwładnych),</li> <li>- gotowość doskonalenia zawodowego (ciągłe aktualizowanie wiedzy na temat sposobów diagnozy czy terapii dotyczących określonych stanów chorobowych),</li> <li>- uczciwość,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- staranność i profesjonalizm w wykonywaniu usług – pełna koncentracja w czasie wykonywanego zabiegu / usługi tak aby nie musiały być one ponownie powtórzone,</li> <li>- przyjazny stosunek do pacjentów – traktowanie pacjenta jako klienta, a nie jako zło konieczne;</li> <li>- współpraca ze współpracownikami – ograniczenie swoich działań do roli operacyjnej (wykonywanie działań) – pielęgniarka nie powinna przyjmować roli lekarza informując np. pacjenta o tym jakie skutki może przynieść dany zabieg – jeżeli nie jest natomiast przekonana o słuszności postawionych zaleceń</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- staranność i profesjonalizm w wykonywaniu powierzonych zadań związanych z zarządzaniem ośrodkiem medycznym, czyli np. dotrzymywanie terminów składania ofert do NFZ opartych na dogłębnej analizie kosztów związanych z realizacją określonych usług medycznych,</li> <li>- stosunek do klientów wyrażający się między innymi prowadzeniem rozmów z klientami, zasięganiami od nich opinii na temat świadczonych usług,</li> <li>- stosunek do podwładnych – dopuszczanie pracowników do współuczestniczenia w procesie zarządzania ośrodkiem – np. zasięganie opinii do-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- staranność i profesjonalizm w wykonywaniu powierzonych zadań,</li> <li>- stosunek do klientów, współpracowników i przełożonych,</li> <li>- gotowość doskonalenia zawodowego,</li> <li>- uczciwość,</li> <li>- lojalność,</li> <li>- systematyczność,</li> <li>- uczciwość,</li> <li>- zdyscyplinowanie;</li> </ul>

- przestrzeganie norm etycznych;	powinna zwrócić się bezpośrednio do prowadzącego pacjenta lekarza , - gotowość doskonalenia zawodowego, - uczciwość, - przestrzeganie norm etycznych, - przestrzeganie norm higieny, - przestrzeganie wymogów technologicznych wynikających np. z obsługi urządzeń typu Rtg;	tyczących możliwości wprowadzenia usprawnień, - gotowość doskonalenia zawodowego – uczestniczenie w studiach, szkoleniach, kursach dotyczących zarządzania ośrodkami medycznymi, - uczciwość, - przestrzeganie etyki biznesu, - sumienność, - wytrwałość w dążeniu do celu jakim powinno być stworzenie organizacji kierującej się racjonalnymi zasadami gospodarowania zasobami;	
----------------------------------	---	--	--

Źródło:[B. Buchelt-Nawara, 2005, s. 72-74].

Istotnym elementem systemu zarządzania zasobami ludzkimi są szkolenia. Celami działalności szkoleniowej w analizowanych podmiotach powinno być podnoszenie kompetencji zatrudnionych pracowników oraz ich motywowanie. Procedura szkolenia w podmiotach świadczących usługi medyczne powinna być podzielona na trzy korespondujące ze sobą etapy. Po pierwsze, planowanie szkoleń. Po drugie, wdrożenie planu szkolenia i jego realizacja. Po trzecie, monitoring efektów przeprowadzonych szkoleń.

W pierwszym etapie procedury zarządzania szkoleniami kierownik komórki organizacyjnej powinien tworzyć na dany rok budżetowy plan szkoleń. W planie tym uwzględnione powinny być takie informacje jak: grupa pracowników delegowanych na szkolenia, rodzaj szkolenia, terminarz przeprowadzanych szkoleń. Plan szkoleń powinien być tworzony na podstawie: wyników oceny okresowej za rok poprzedzający oraz informacji płynących z formularza identyfikującego potrzeby szkoleniowe jednostki organizacyjnej lub

indywidualnych wniosków pracowników. Po opracowaniu planu szkolenia kierownik komórki organizacyjnej powinien przysłać propozycję rocznego planu szkoleń do kierownika odpowiedzialnego za kwestie zarządzania zasobami ludzkimi w organizacji. Ten agregując dane powinien opracować plan szkolenia dla całej wraz z adekwatnym budżetem i po konsultacji z menedżerami odpowiedzialnym za zarządzanie sferami medyczną i administracyjną przyjąć ostateczną formę planu szkoleń jako obowiązującą. Szkolenia powinny odbywać się przy wykorzystaniu technik na stanowisku pracy i poza stanowiskiem pracy. A proces monitoringu szkoleń powinien być realizowany na bieżąco przy uwzględnieniu takich poziomów oceny efektywności szkoleń jak: reakcja, wiedza i umiejętności, zachowania oraz wyniki organizacji.

System wynagradzania w jednostce sektora usług medycznych powinien konstruowany być tak aby uwzględniać następujący zestaw założeń:

- Elastyczność;
- Uzależnienie od rentowności usług medycznych;
- Uzależnienie od marży;
- Uzależnienie od stawek rynkowych;

Wynagrodzenie pracowników zatrudnionych na umowę o pracę może uwzględniać natomiast następujące elementy:

- płaca zasadniczej,
- dodatek za staż pracy w firmie,
- premia uznaniowa – za szczególne osiągnięcia pracownika - uzależniona od konsycji finansowej firmy;
- dodatek za pracę w godzinach nadliczbowych,
- dodatek za pracę w porze nocnej,
- prowizja od sprzedaży usług.

Wysokość wynagradzania w ramach tzw. kontraktów uzależniona może być natomiast od:

- ilości godzin w których realizowane są usługi;
- miasta realizacji usługi;
- specjalności medycznej lekarza.

### **Podsumowanie**

Reasumując rozważania prowadzone w niniejszym opracowaniu stwierdzić należy, że realizacja funkcji personalnej w jednostkach sektora usług medycznych działających w naszym kraju nie spełnia warunków specyficznych dla koncepcji zarządzania zasobami ludzkimi. Przy czym lepsze wyniki w tej kwestii notują podmioty prywatne finansujące się z niepublicznych źródeł finansowania niż podmioty publiczne czy niepubliczne finansowane w przewadze przez NFZ. Taki stan rzeczy sprawia, że już w niedługiej perspektywie po pierwsze jednostki te tracą możliwość pozyskiwania i zatrzymywania

kluczowych pracowników, po drugie, spadnie jakość realizowanych przez nie usług. Mając świadomość konsekwencji płynących z dysfunkcji systemów ZZL jednostek świadczących usługi medyczne w niniejszym opracowaniu przedstawiono zestaw wskazówek, co do metod i technik jakie powinny być implementowane w jednostkach sektora usług medycznych w celu zwiększenia efektywności funkcjonujących w nich systemów ZZL. Opracowane propozycje stanowią uniwersalny schemat, które powinien być dostosowany, a przez to uszczegółowiony do warunków działalności konkretnej jednostki. Przy czym kluczowym jest tu faktyczne wsparcie zarządów danego podmiotu oraz aktywny udział służb ds. ZZL wynikający z uznania ich za strategiczny podmiot zarządzania daną organizacją.

### Bibliografia

- Bartowiak G. [2004], *Psychologiczne aspekty zarządzania zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Akademii Medycznej w Poznaniu, Poznań.
- Beliczyński J. [1994], *Analiza SWOT jako narzędzie formułowania strategii*, Zeszyty Naukowe AE w Krakowie, Nr 430, Kraków.
- Buchelt B. [2008], *Metodyczne aspekty projektowania strategii personalnej w jednostkach sektora usług medycznych*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi”, Nr 2 (61).
- Buchelt B. [2010], Przyczyny dysfunkcji w realizacji funkcji personalnej w zakładach opieki zdrowotnej, [w:] Janowska Z. (red.), *Dysfunkcje i patologie w sferze zarządzania zasobami ludzkimi*, Tom 3, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Buchelt B. [2011], *Perspektywa rozwoju funkcji personalnej w jednostkach sektora usług medycznych w Polsce*, [w:] Stępniewski J., Karniej P., Kęsy M., *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, ABC Woletrs Kluwer Business, Warszawa.
- Buchelt-Nawara B. [2005], *System ocen pracowniczych w ośrodku medycznym*, Zeszyty Naukowe AE w Krakowie nr 629, Kraków.
- Juchnowicz M. (red.), [2000], *Strategia personalna firmy*, Difin, Warszawa.
- Lipka A. [2000], *Strategie personalne firmy*, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków.
- Obłój K. [1998], *Strategia organizacji*, PWE, Warszawa.
- Pocztowski A. [2001], *Źródło przewagi. O potrzebie strategii dla zarządzania zasobami ludzkimi w firmie*, „Personel” nr 1-15 listopada.
- Pocztowski A. [2003], *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie, procesy, metody*, PWE, Warszawa 2003.

**Słowa kluczowe:** Zarządzanie zasobami ludzkimi, sektor usług medycznych.

### **Streszczenie**

Współcześnie organizacje budują swoją przewagę konkurencyjną w oparciu o kapitały niematerialne, w tym kapitał ludzki. Niestety w przypadku jednostek świadczących usługi medyczne w Polsce możliwości pozyskiwania przewagi konkurencyjnej w oparciu o ten kapitał są ograniczone ze względu na fakt, iż realizacja funkcji personalnej w tych jednostkach nie pozwala na adekwatne kształtowanie stanu i struktury tego kapitału. W związku z powyższym w referacie podjęto próbę opracowania zestawu metod i narzędzi, których wdrożenie pozwoli jednostkom świadczącym usługi medyczne poprawić efektywność działań w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi. Propozycje opracowano w odniesieniu do wymiaru strategicznego i operacyjnego funkcji personalnej. Przy czym za główne założenie sukcesu proponowanych rozwiązań przyjęto aktywną i strategiczną służb do spraw zarządzania zasobami ludzkimi oraz wsparcie zarządów danych jednostek.

### **Summary**

Nowadays organizations build their competitive advantage based on intangible capital, like for example human capital. However, Polish healthcare organizations are not able to use the human capital for building their competitive advantage since the realization of personnel function is not on the demanded level. Because of that they are not able to adequately manage the level and structure of the capital. Due to the fact in the paper the proposal of the human resource management methods and tools is prepared. The proposal aims toward increase of the efficiency of the human resource management activities undertaken in the organizations. It is prepared according to strategic and operational level. However, it is important to underline the fact that the main assumption of the proposal is that the human resource specialist would play strategic and active role in the process. Furthermore, the success of the implementation depends on the strong support from top management of the organizations.